

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional - U.A.C.I.

217



San Salvador, 25 de noviembre de 2015

LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS ANDA, a través de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, a todas las personas naturales o jurídicas que obtuvieron Bases de la Licitación Pública de la LP-02-2016, Referente al servicio de "SEGURO DE TODO RIESGO DE DAÑO FÍSICO A PRIMERA PÉRDIDA, RESPONSABILIDAD CIVIL, AUTOMOTORES, FIDELIDAD, DINERO Y VALORES; COLECTIVO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS", que de conformidad a lo establecido en la PARTE I, INSTRUCCIONES A LOS OFERTANTES, IO-04. "CONSULTAS, ACLARACIONES E INTERPRETACION DE LAS BASES, PREVIO A LA RECEPCION DE OFERTAS" se remite lo siguiente:

NOTA ACLARATORIA

Preguntas: Agradeceremos nos aclaren y/o remitan la siguiente información:

1. Para la Póliza que cubre a:

Miembros de la Honorable Junta de Gobierno, Presidente, Directores, Gerentes, Subgerentes, Asesores y Personal designado por la Administración Superior, Funcionarios y empleados nombrados por Ley de Salarios, Jornal Diario y Contrato.

1.1 Seguros colectivos de vida.

a) Proporcionar el monto de reclamos pagados durante las últimas 3 vigencias. **R// Según detalle**

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2012 al 31/12/2013						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00890	COLECTIVO DE VIDA -- BÁSICO	31/12/2012	31/12/2013	\$ -	\$ 201,571.50	\$201,571.50

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2013 al 31/12/2014						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00993	COLECTIVO DE VIDA -- BÁSICO	31/12/2013	31/12/2014	\$ -	\$ 140,500.00	\$ 140,500.00

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2014 al 18/11/2015						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00993	COLECTIVO DE VIDA -- BÁSICO	31/12/2014	31/12/2015	\$ 6,000.00	\$ 273,125.00	\$ 279,125.00

b) En el numeral 4, pág.88 se indica que las edades de incorporación y permanencia de la Póliza son las siguientes:

- Personas hasta los 65 años de edad, con el 100% de la suma asegurada
- Personas entre 65 y 75 años de edad, con el 50% de la suma asegurada
- Personas mayores de 75 años de edad, con el 25% de la suma asegurada
- Edad máxima de permanencia en la póliza es de 85 años.

Al respecto, aclarar si la reducción de suma aplicará tanto para las nuevas inclusiones a la póliza como para los asegurados actuales cuyas edades estén comprendidas en dichos rangos. **R// Se aplicará para nuevas inclusiones.**

- c) Indicar si en póliza actual esta cubierto el suicidio como accidente **R// No, actualmente no se cubre como accidente sino como por cualquier causa.**
- d) Confirmar si en la Póliza vigente se considera como muerte accidental especial el fallecimiento que ocurra cuando el asegurado se transporte en vehículos propiedad de ANDA. **R// Si se considera como muerte accidental especial.**
- e) Indicar cual es la edad de terminación del beneficio Renta por Incapacidad Total y Permanente en la Póliza actual. **R//75 años**
- f) En el beneficio de anticipo Enfermedades Graves de la Póliza actual, hay cobertura para SIDA y para cualquier otra enfermedad grave. **R// No, no hay cobertura para SIDA, solamente para las enfermedades: Infarto del miocardio, derrame o hemorragia cerebral, cáncer, insuficiencia renal, cirugía arteriocoronaria, (by pass), cáncer en cualquiera de sus manifestaciones, incluyendo el de seno, matriz y piel.**
- g) Confirmar si las coberturas detalladas en las Especificaciones Técnicas son las que actualmente tiene la Póliza, en caso contrario favor indicar cuales son las nuevas coberturas solicitadas para la vigencia 2015-2016. **R//Las nuevas coberturas solicitadas son las de los numerales 2,3,4,5,8,12,16,19,25.**
- h) Proporcionar listado de asegurados, detallando nombre completo, fecha de nacimiento, fecha en que ingresaron a la institución y años laborales. **R// Anexo 1: Pestaña 1, Archivo Excel**

2. Para la Póliza que cubre a:

Miembros Honorable Junta de Gobierno, Presidente, Directores y Gerentes, Subgerentes, Asesores y personal designado.

2.1 Seguro Colectivo de Vida

- a) Proporcionar el monto de reclamos pagados durante las últimas 3 vigencias. **R// Según detalle.**

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2012 al 31/12/2013						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00891	COLECTIVO DE VIDA - Dirección Superior	31/12/2012	31/12/2013	\$ -	\$ 101,500.00	\$ 101,500.00

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2013 al 31/12/2014						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00995	COLECTIVO DE VIDA - Dirección Superior	31/12/2013	31/12/2014	\$ -	\$ -	\$ -

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2014 al 18/11/2015						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00995	COLECTIVO DE VIDA - Dirección Superior	31/12/2014	31/12/2015	\$ -	\$ -	\$ -

- b) Confirmar cual es la suma asegurada solicitada y la actual, en el apartado número 7 pág. 71 no se indica el monto. **R// Actual y solicitada \$150,000.00** (El apartado número 7, pág. 71 no tiene relación con la pregunta realizada en este literal)
- c) Indicar si en Póliza actual está cubierto el suicidio como accidente (Numeral 11 pág. 91) **R// No, actualmente no se cubre como accidente sino como por cualquier causa.**
- d) Confirmar si en la Póliza vigente se considera como muerte accidental especial el fallecimiento que ocurra cuando el asegurado se transporte en vehículos propiedad de ANDA. **R// Si se considera como muerte accidental especial.**
- e) Indicar cual es la edad de terminación del beneficio Renta por Incapacidad Total y Permanente en la Póliza actual. **R//75 años**
- f) En el beneficio de anticipo Enfermedades Graves de la Póliza actual, hay cobertura para SIDA y para cualquier otra enfermedad grave. **R// No, no hay cobertura para SIDA, solamente para las enfermedades: Infarto del**

miocardio, derrame o hemorragia cerebral, cáncer, insuficiencia renal, cirugía arteriocoronaria, (by pass), cáncer en cualquiera de sus manifestaciones, incluyendo el de seno, matriz y piel.

- g) Confirmar si las coberturas detalladas en las Especificaciones Técnicas son las que actualmente tiene la Póliza, en caso contrario favor indicar cuales son las nuevas coberturas solicitadas para la vigencia 2015-2016. **R// Las nuevas coberturas solicitadas son los numerales 2,3,4,5,8,12,16,19,25.**
- h) Proporcionar listado de asegurados, detallando nombre completo, fecha de nacimiento, fecha en que ingresaron a la Institución y años laborales. **R// Anexo 1: Pestaña 2, Archivo Excel.**

218

2.2 Seguro Médico Hospitalario

- a) Proporcionar el monto de reclamos pagados durante las últimas 3 vigencias. **R// Según detalle**

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2012 al 31/12/2013						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00891	MEDICO HOSPITALARIO - Dirección Superior	31/12/2012	31/12/2013	\$ 120.00	\$ 106,388.51	\$ 106,508.51

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2013 al 31/12/2014						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00995	MEDICO HOSPITALARIO- Dirección Superior	31/12/2013	31/12/2014	\$ 152.00	\$ 86,778.53	\$ 86,930.53

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2014 al 18/11/2015						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00995	MEDICO HOSPITALARIO - Dirección Superior	31/12/2014	31/12/2015	\$ 1,552.69	\$ 65,163.31	\$ 66,716.00

- b) Proporcionar el total de empleados solos y empleados con familia que se deben considerar para el cálculo de la prima **R// Empleados solos : 4 y Empleados con Familia: 36**
- c) Proporcionar listado de asegurados, detallando nombre, fecha de nacimiento al igual que sus dependientes **R// Anexo 1: Pestaña 2, Archivo Excel.**

- d) En página 93, Sección Suma asegurada Médico Hospitalaria se indican los siguientes ítems:

Máximo Vitalicio \$150,000.00

Cobertura Centroamericana \$150,000.00

Cobertura fuera de Centroamérica \$150,000.00

Al respecto, aclarar si el Máximo Vitalicio requerido es de \$150,000.00 y que dicha suma aplica para gastos tanto dentro como fuera de Centroamérica y no en forma separada tal como se desglosa en los ítems arriba indicados. **R// El máximo vitalicio de \$150,000.00 aplica para gastos dentro y fuera de Centroamérica**

- e) Indicar cuales son los montos/limites en la Póliza actual de los siguientes rubros:

Deducible dentro de Centroamérica **R// \$50.00**

Porcentaje de reembolso **R// 80%**

Gastos para Nursería y Neonatólogo **R// Dentro de Centroamérica sin limitante, fuera de Centroamérica un máximo de \$2,500.00**

Enfermedades de tipo congénito (numeral 24 pág. 95) **R// Sin limitantes**

Tratamiento relacionados con el crecimiento (numeral 75, pág. 97) R//Sin limitantes

Cual es la edad máxima de permanencia en la Póliza. R// Sin límite de edad

- f) En relación al numeral 18, confirmar si actualmente cuentan con la cobertura de Tratamientos dentales, de ser afirmativo indicar cuales son los montos/limites en la Póliza actual de los siguientes rubros: R// Si se cuenta con la cobertura. Monto límite por asegurado: \$1,500.00

Porcentajes de reembolso en cada plan (I, II y III) R// Estos porcentajes se encuentran en el endoso del Plan Dental: Plan I, 80%, Plan II \$80% y Plan III 50%.

- g) En los numerales 42 y 57 se hace referencia a gastos de psiquiatría y tratamientos nerviosos dentro y fuera del hospital, indicar cual de las dos condiciones prevalece. R// Las dos.
- h) Para la cobertura de lentes solicitada en el numeral 81 indicar lo siguiente:

Cual es el limite del beneficio en la póliza actual R// \$300.00

Confirmar si dicho limite es por persona o por grupo familiar R// Por grupo familiar.

En la Póliza vigente se tiene límite para el asegurado titular y otro limite para el grupo familiar. R//Límite es el mismo para el titular y el grupo familiar.

i) Indicar cuál es la edad máxima de ingreso y terminación de la cobertura para el titular, cónyuge e hijos en la póliza actual. R//Para el titular y su cónyuge sin límite de edad y para hijos hasta los 25 años.

j) En Póliza actual, cual es el período de carencia para las preexistencias que se aplica a nuevas inclusiones. R//Sin período de carencia

k) En el numeral 83 se indica: "Todo asegurado al que se le haya pre certificado una operación se le podrá realizar aunque el ya no pertenezca al grupo asegurado"; al respecto confirmar si actualmente tienen esta cobertura// Si

l) Confirmar si en la Póliza actual tienen cobertura para: vicios de refracción y costos de aparatos auditivos, tal como se indica en el numeral 87. R//Si

m) Confirmar si en Póliza actual se tienen las coberturas detalladas a continuación:

a) Tratamiento dermatológico de todo tipo (numeral 8 pág. 94) R// No tiene cobertura

b) Cobertura para Acné de grado IV (numeral 9, pag.94) R//No tiene cobertura. Se solicita cobertura para acné en todos los grados existentes.

c) Alquiler o compra de aparatos auditivos (numeral 10 pag.94) R// No tiene cobertura

d) Reinstalación de suma asegurada al 100% y 50% tal como se indica (numeral 40 pag.95) R//Actualmente se tiene reinstalación anual automática del máximo vitalicio hasta \$20.000.00 sin cobro de prima

e) Cobertura para hijos con discapacidad física (numeral 48 pág. 96) R//No tiene cobertura

f) Crédito hospitalario al 100% (numeral 51 pag.96) R//No tiene cobertura

g) Medicina Homeopática (numeral 59 pag.96) R// No tiene cobertura

h) Tratamientos de acupuntura (numeral 61 pag.96 R// No tiene cobertura

i) Cobertura para tratamiento médicos por estrés (numeral 57 pag.96) R// No tiene cobertura

j) Cobertura de ojo seco (numeral 64, pag.96) R//No tiene cobertura

k) Resolución de pre autorizaciones en un plazo no mayor a 6 horas (numeral 71 pag.97) R//Si tiene cobertura

3. Para la Póliza que cubre a:
Jefes y personal designado.

3.1 Seguro Colectivo de Vida

- a) Proporcionar el monto de reclamos pagados durante las últimas 3 vigencias. R// Según detalle.

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2012 al 31/12/2013						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00892	COLECTIVO DE VIDA- Mandos Medios	31/12/2012	31/12/2013	\$ -	\$ -	\$ -

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2013 al 31/12/2014						
--	--	--	--	--	--	--

Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00996	COLECTIVO DE VIDA - Mandos Medios	31/12/2013	31/12/2014	\$ -	\$ -	\$ -

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2014 al 18/11/2015						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00996	COLECTIVO DE VIDA - Mandos Medios	31/12/2014	31/12/2015	\$ -	\$ -	\$ -

219

- b) Confirmar cual es la suma asegurada solicitada y la actual, en el apartado número 7 pág. 71 no se indica el monto. **R// Actual y solicitada \$25,000.00**
- c) Indicar si en Póliza actual está cubierto el suicidio como accidente (Numeral 11 pág. 91) **R// No, actualmente no se cubre como accidente sino como por cualquier causa.**
- d) Confirmar si en la Póliza vigente se considera como muerte accidental especial el fallecimiento que ocurra cuando el asegurado se transporte en vehículos propiedad de ANDA. **R// Si se considera como muerte accidental especial**
- e) Indicar cual es la edad de terminación del beneficio Renta por Incapacidad Total y Permanente en la Póliza actual. **R//75 años**
- f) En el beneficio de anticipo Enfermedades Graves de la Póliza actual, hay cobertura para SIDA y para cualquier otra enfermedad grave. **R// No, no hay cobertura para SIDA, solamente para las enfermedades: infarto del miocardio, derrame o hemorragia cerebral, cáncer, insuficiencia renal, cirugía arteriocoronaria, (by - pass), cáncer en cualquiera de sus manifestaciones, incluyendo el de seno, matriz y piel.**
- g) Confirmar si las coberturas detalladas en las Especificaciones Técnicas son las que actualmente tiene la Póliza, en caso contrario favor indicar cuales son las nuevas coberturas solicitadas para la vigencia 2015-2016. **R// Coberturas solicitadas numerales 2,3,4,5,8,12,16,19,25.**
- h) Proporcionar listado de asegurados, detallando nombre completo, fecha de nacimiento, fecha en que ingresaron a la Institución y años laborales. **R// Anexo 1: Pestaña 3, Archivo Excel.**
- 3.2 Seguro Médico Hospitalario**
- a) Proporcionar el monto de reclamos pagados durante las últimas 3 vigencias. **R// Según detalle:**

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2012 al 31/12/2013						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00892	MEDICO HOSPITALARIO - Mandos Medios	31/12/2012	31/12/2013	\$ 40.00	\$ 60,513.41	\$ 60,553.41

3						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00996	MEDICO HOSPITALARIO - Mandos Medios	31/12/2013	31/12/2014	\$ 90.00	\$ 49,969.50	\$ 50,059.50

Periodo al que corresponden los siniestros: 31/12/2014 al 18/11/2015						
Póliza	Ramo	Vigencia dd/mm/yy		Siniestros	Siniestros	Total
		Desde	Hasta	Pendientes	Pagados	Siniestro
00996	MEDICO HOSPITALARIO - Mandos Medios	31/12/2014	31/12/2015	1,073.70	\$ 63,447.18	\$ 64,520.88

- b) Proporcionar el total de empleados solos y empleados con familia que se deben considerar para el cálculo de la prima
R// Empleados solos: 11 y Empleados con Familia: 68

c). Proporcionar listado de asegurados, detallando nombre, fecha de nacimiento al igual que sus dependientes **R// Anexo 1: Pestaña 3, Archivo Excel.**

d) En página 100, Sección Suma asegurada Médico Hospitalaria se indican los siguientes ítems:

Máximo Vitalicio	\$25.000.00
Cobertura Centroamericana	\$25.000.00
Cobertura fuera de Centroamérica	\$25.000.00

Al respecto, aclarar

El límite territorial requerido es Mundial? **R//No**

Aclarar si Máximo Vitalicio requerido es de \$25,000.00 y que dicha suma aplica para gastos tanto dentro como fuera de Centroamérica y no en forma separada tal como se desglosa en los ítems arriba indicados. **R// El máximo vitalicio de \$25,000.00 aplica para gastos dentro de Centroamérica.**

e) Indicar cuales son los montos/limites en la Póliza actual de los siguientes rubros:

Deducible dentro de Centroamérica **R// \$50.00**

Porcentaje de reembolso **R// 80%**

Gastos para Nursería y Neonatólogo **R//Dentro de Centroamérica sin limitante**

Enfermedades de tipo congénito (numeral 24 pág. 95) **R// Sin limitantes**

Tratamiento relacionados con el crecimiento (numeral 75, pág. 97) **R//Sin limitantes**

Cual es la edad máxima de permanencia en la Póliza. **R// Sin límite de edad**

f) En relación al numeral 18, confirmar si actualmente cuentan con la cobertura de Tratamientos dentales, de ser afirmativo indicar cuales son los montos/limites en la Póliza actual de los siguientes rubros: **R// Si se cuenta con la cobertura. Monto límite por asegurado: \$1,500.00**

Porcentajes de reembolso en cada plan (I, II y III) **R// Estos porcentajes se encuentran en el endoso del Plan Dental: Plan I, 80%, Plan II \$80% y Plan III 50%.**

g) En los numerales 42 y 57 se hace referencia a gastos de psiquiatría y tratamientos nerviosos dentro y fuera del hospital, indicar cual de las dos condiciones prevalece. **R//Las dos**

h) Para la cobertura de lentes solicitada en el numeral 81 indicar lo siguiente:

Cual es el límite del beneficio en la póliza actual **R// \$300.00**

Confirmar si dicho límite es por persona o por grupo familiar **R// Por grupo familiar.**

En la Póliza vigente se tiene límite para el asegurado titular y otro límite para el grupo familiar. **R//Límite es el mismo para el titular y el grupo familiar**

i) Indicar cual es la edad máxima de ingreso y terminación de la cobertura para el titular, cónyuge e hijos en la póliza actual. **R//Para el titular y su cónyuge sin límite de edad y para hijos hasta los 25 años.**

j) En Póliza actual, actual es el periodo de carencia para las preexistencias que se aplica a nuevas inclusiones. **R//Sin periodo de carencia**

k) En el numeral 83 se indica: "Todo asegurado al que se le haya pre certificado una operación se le podrá realizar aunque el ya no pertenezca al grupo asegurado"; al respecto confirmar si actualmente tienen esta cobertura **R// Si**

l) Confirmar si en la Póliza actual tienen cobertura para: vicios de refracción y costos de aparatos auditivos, tal como se indica en el numeral 87. **R//Si**

m) Confirmar si en Póliza actual se tienen las coberturas detalladas a continuación:

- a) Tratamiento dermatológico de todo tipo (numeral 8 pag. 94) **R// No tiene cobertura**
b) Cobertura para Acné de grado IV (numeral 9, pag.94) **R//No tiene cobertura, se solicita cobertura para acné en todos los grados existentes**
c) Alquiler o compra de aparatos auditivos (numeral 10 pag.94) **R// No tiene cobertura.**
d) Reinstalación de suma asegurada al 100% y 50% tal como se indica (numeral 40 pag.95) **R//Actualmente se tiene reinstalación anual automática del máximo vitalicio hasta \$20.000.00 sin cobro de prima**
e) Cobertura para hijos con discapacidad física (numeral 48 pag. 96) **R//No tiene cobertura**
f) Crédito hospitalario al 100% (numeral 51 pag.96) **R//No tiene cobertura**
g) Medicina Homeopática (numeral 59 pag.96) **R// No tiene cobertura**
h) Tratamientos de acupuntura (numeral 61 pag.96) **R// No tiene cobertura**
i) Cobertura para tratamiento médicos por estrés (numeral 57 pag.96) **R// No tiene cobertura**
j) Cobertura de ojo seco (numeral 64, pag.96) **R//No tiene cobertura**
k) Resolución de pre autorizaciones en un plazo no mayor a 6 horas (numeral 71 pag.97) **R//Si tiene**

220

n) En el numeral 46 se solicita "Presentación de costos sin límite geográfico". Aclarar si dicho numeral es válido, en vista que en las especificaciones técnicas se indica que para este Grupo la Cobertura es Centroamericana **R// No es válida.**

o) En numeral 56 se solicita servicio de ambulancia aérea hasta por un máximo de \$15,000.00, sin embargo, y tal como se menciona en las especificaciones técnicas, la cobertura para este grupo es Centroamericana. Confirmar si es válida dicha cláusula solicitada y si se tiene en póliza actual **R// Sí es válida, ya que el traslado puede ser a un país en Centroamérica.**

Pregunta 4

Con la finalidad de no cometer errores en la elaboración de la oferta solicitamos nos envíen las bases de licitación en formato de Word y/o Excel: ya que las que están a disposición en la página Web de COMPRASAL están en formato PDF.

Respuesta

Se les remite en anexo 2

Pregunta 5

Confirmar cual es el formato para presentación de las especificaciones técnicas, se debe presentar según lo establecido en las paginas de la 33 a la 66 o de las paginas 66 a la 105.

Respuesta

Se deberá presentar en los formatos de las páginas de la 66 a la 105

Pregunta 6

Favor confirmarnos si la adjudicación será total o parcial.

Respuesta

Podrá ser total o parcial por lotes, tal como se establece en las bases de licitación Parte III, CG-01 Adjudicación del Contrato y en la Parte II, SE-03.-Calificación De Las Etapas, Literal c) inciso tercero.

Pregunta 7

Favor proporcionar las bases de licitación, listado de personal a asegurar, bienes en formato editable Word o Excel, con el fin de evitar errores de elaboración de oferta.

Respuesta

A su solicitud de listado de bienes al ser el tipo de contratación Blanket de valores a riesgo por US\$318,000,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza de nuestra operación. Bases en Anexo 2.

Pregunta 8

Favor proporcionar el nombre del intermediario que atiende la cuenta y si será el mismo una vez adjudicado.

Respuesta

La institución no realiza la contratación de un intermediario de seguros, sin embargo, en la oferta debe considerarse la asignación de un intermediario para gestionar el programa de seguros de la institución.

Pregunta 9

Proporcionar la siniestralidad por ramo de todo el programa de seguros de los reclamos pagados y pendientes de pago de los últimos 3 años:

Respuesta

Se les remite en anexos 3,4 y 5

Pregunta 10

Seguro de Todo Riesgo Incendio

1) Favor proporcionar la dirección exacta de cada una de las ubicaciones a asegurar:

R//Respecto a su solicitud de la dirección de las ubicaciones a asegurar, al ser el tipo de contratación Blanket de valores a riesgo por US\$318,000,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza de nuestra operación.

2) Favor proporcionarnos listados actualizados que incluyan código de inventario, detalle del equipo y/o maquinaria, suma asegurada y ubicación donde se encuentre instalada en formato editable Word o Excel de los siguiente sub límites:

- a) Seguro de Rotura de Maquinaria.
- b) Seguro de equipo electrónico.
- c) Seguro de Equipo y Maquinaria Pesada.

R//Respecto a su solicitud de la dirección de las ubicaciones a asegurar, al ser el tipo de contratación Blanket de valores a riesgo por US\$318,000,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza de nuestra operación.

Pregunta 11

Seguro de Fidelidad

1) Favor proporcionar listado actualizado del personal asegurar, con sus respectivos cargos y sumas asegurar.

R// Las plazas aseguradas son para todo el personal que se encuentre laborando para ANDA, con o sin contrato o que este prestando sus servicios según las formas de contratación que establece el Código de Trabajo.

Actualmente son 4,270 empleados activos en la Institución.

Pregunta 12

Seguro de Automotores

1) Favor proporcionar listado actualizado de automóviles que incluya valor de adquisición para cada vehículo, placas, modelo, marca y año de fabricación. En formato editable (Excel o Word)

R//Se les remite en anexo 6

2) Favor confirmarnos si hay vehículos que tienen instalados GPS y proporcionar que placas le corresponden:

R//Se les remite en anexo 9

3) Favor confirmarnos si hay vehículos blindados y proporcionar que placas le corresponden:

R//Se les remite en anexo 10

Pregunta 13

SEGURO COLECTIVO DE VIDA BÁSICA:

1. Favor proporcionar listado actualizado del personal asegurar que incluya nombres/ cargos/ tiempo de estar laborando en ANDA y suma asegurada. En formato Editable (Excelo Word). **R// Anexo 1- Pestaña 1, Archivo Excel.**

Se detalla tabla de sumas aseguradas:

SUMAS ASEGURADAS

CLASE	TIEMPO LABORADO EN ANDA	SUMA ASEGURADA
1	Desde el 1er día de ingreso a ANDA hasta 5 años cumplidos	\$ 3,000.00
2	5 años 1 día a 10 años cumplidos	\$ 6,000.00
3	10 años 1 día a 15 años cumplidos	\$ 9,000.00
4	15 años 1 día a 20 años cumplidos	\$ 12,000.00
5	20 años 1 día a 25 años cumplidos	\$ 15,000.00
6	25 años 1 día a 30 años cumplidos	\$ 18,000.00

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS
(Miembros de la Honorable Junta de Gobierno, Presidente, Directores y Gerentes,
Sub Gerentes, Asesores y Personal Designado):**

221

1. Favor proporcionar listado actualizado del personal asegurar que incluya nombres y los de sus dependientes, cargos, tiempo de estar laborando en ANDA y suma asegurada. En formato Editable (Excel o Word). **R//Anexo 1- Pestaña 2, Archivo Excel. Suma Asegurada: \$150,000.00**

SEGURO DE VIDA Y SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS (Jefe y Personal Designado por la Administración Superior):

1. Favor proporcionar listado actualizado del personal asegurar que incluya nombres y los de sus dependientes, cargos, tiempo de estar laborando en ANDA y suma asegurada. En formato Editable (Excel o Word). **R// Anexo 1- Pestaña 3, Archivo Excel. Suma Asegurada: \$25,000.00**
2. Favor confirmar el número de Empleados Solos y Empleados con familia **R// Empleados solos: 11 y Empleados con Familia: 68**
3. Favor proporcionar listado de preexistencias o enfermedades graves. **R// No se cuenta con casos**

Pregunta 14

1. Con relación al Seguro de Todo Riesgo de Daño Físico (incendio), favor enviar:
 - Listado con el desglose de los valores a asegurar, por ubicación
R//Respecto a su solicitud de la dirección de los valores a asegurar, al ser el tipo de contratación Blanket de valores a riesgo por US\$318,000,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza de nuestra operación.
 - Listado de las ubicaciones a asegurar con dirección exacta de cada ubicación.
R//Respecto a su solicitud de la dirección de las ubicaciones a asegurar, al ser el tipo de contratación Blanket de valores a riesgo por US\$318,000,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza de nuestra operación.
 - Siniestralidad de los últimos 5 años, indicando la fecha, monto y causa del siniestro.
R//Se remite anexos 3,4 y 5
 - Los informes de las inspecciones realizadas a la fecha.
R//No hay inspecciones

Pregunta 15

2. Con relación al Seguro de Responsabilidad Civil General, favor enviar:
 - Ingresos del año 2015
R// \$ 103,000,000.00 (percepción de ingresos, real enero a oct. , proyectado noviembre y diciembre)
 - Ingresos del año 2016 (estimado)
R// \$ 132,000,000.00 (percepción de ingresos)
 - Nómina actual (asegurados)
R// Actualmente son 4,270 empleados activos en la Institución.
 - Favor enviar el número y tipo de vehículos propios.
R//Se le remite anexo 6
 - Favor enviar el límite de la póliza de Responsabilidad Civil Vehículos
R//Responsabilidad Civil por daños a terceros en sus bienes hasta por \$2300.00

- Siniestralidad de los últimos 5 años, indicando la fecha, monto y causa del siniestro
R//Responsabilidad Civil por daños a terceros en sus bienes hasta por \$2300.00.

Pregunta 16

3. Favor indicar el límite requerido para la cobertura No. 52 "Cobertura para equipo móvil y/o portátil", del seguro de Todo Riesgo de Daño Físico.

R//El Sub-límite solicitado es \$1,300,000.00

Pregunta 17

4. Favor indicar el límite requerido para las coberturas No. 15 y 16, del seguro de Seguro de Equipo Electrónico, detallado en la página No. 39.

R//Sin monto determinado.

Pregunta 18

5. Favor indicar si las tarifas solicitadas para el seguro de automotores, detalladas en el cuadro de la página No. 47, son de estricto cumplimiento.

R//Las tarifas plasmadas en el cuadro de la página 47 son de estricto cumplimiento.

Pregunta 19

6. Favor indicar si cuentan con corredor de seguros, de ser afirmativa la respuesta favor proporcionar el nombre de su corredor.

R//La institución no realiza la contratación de un intermediario de seguros, sin embargo, en la oferta debe considerarse la asignación de un intermediario para gestionar el programa de seguros de la institución.

Pregunta 20

7. Con relación a la póliza de Automotores, favor enviar el listado de los vehículos a asegurar, indicando clase, año de fabricación, tipo de vehículo y suma asegurada.

R//Se remite anexos 6

Pregunta 21

8. Favor enviar la siniestralidad de los últimos 5 años por vigencia y por póliza.

R//Se remite anexos 3, 4, 5, 7, 8 y 8A

Pregunta 22

9. Con relación al Seguro de Vida Colectivo, favor enviar el listado del personal a asegurar detallando los años de servicio, fecha de nacimiento o edad y sumas aseguradas de cada uno de los miembros a asegurar, así como también la clase a la que pertenecen.

R// Anexo 1-Pestaña 1, Archivo Excel. Se detalla tabla de sumas aseguradas:

SUMAS ASEGURADAS

CLASE	TIEMPO LABORADO EN ANDA	SUMA ASEGURADA
1	Desde el 1er día de ingreso a ANDA hasta 5 años cumplidos	\$ 3,000.00
2	5 años 1 día a 10 años cumplidos	\$ 6,000.00
3	10 años 1 día a 15 años cumplidos	\$ 9,000.00
4	15 años 1 día a 20 años cumplidos	\$ 12,000.00
5	20 años 1 día a 25 años cumplidos	\$ 15,000.00
6	25 años 1 día a 30 años cumplidos	\$ 18,000.00
7	30 años 1 día cumplidos en adelante	\$ 20,000.00

Pregunta 23

10. Con relación al Seguro Médico Hospitalario, favor enviar el listado del personal a asegurar detallando el número de dependientes por cada asegurado principal (indicando si son afiliado solo o afiliado y familia), máximo vitalicio (suma asegurada) y edades por cada clase del seguro médico hospitalario

R// Anexo 1- Pestañas 2 y 3, archivo Excel. Se detallan las sumas aseguradas:

Máximo Vitalicio de miembros de la Honorable Junta de Gobierno, Presidente, Directores y Gerentes, Sub Gerentes, Asesores y Personal Designado (Dirección Superior): \$150,000.00

Máximo Vitalicio de Jefes y Personal Designado por la Administración Superior (Mandos Medios): \$25,000.00

Pregunta 24

- 11: Favor enviar en CD o correo electrónico, el contenido de las bases de licitación, especificaciones técnicas y anexos, para presentar la oferta de seguros (en formato word o excel).

Respuesta

Se remite en Anexo 2

222

Atentamente,


Lic. Mario Alfredo Pérez
Gerente de la UACI



222



SI DESCARGA BASES EN ESTA OPCION

Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANANDA)

Anexos - 1.pdf		VER
Anexo 8 - Siniestro periodo corto del 2010.pdf		VER
NOTA ACLARATORIA LP-02-2016.pdf		VER
Anexo 4 -Siniestros Vigencia 2013.pdf		VER
Anexo 7-Siniestros 2011 .pdf		VER
Anexo 8-A- Siniestros 2009-2010.pdf		VER
LP-02-2016 - POLIZAS DE SEGUROS.pdf		VER
Anexo 5- Siniestros Vigencia 2014.pdf		VER
Anexo 6 - Vehiculos propios -Valor de seguro de flota.pdf		VER
Anexo 3 -Siniestros 2012.pdf		VER
Anexo 10 - Vehiculos Blindados.pdf		VER
Anexo 9 - FLOTA VEHICULAR CON GPS INSTALADOS.pdf		VER

223

683

